ITEM 186, 188, 332 : HYPERSENSIBILITÉ ET ALLERGIE CHEZ L'ENFANT, ANAPHYLAXIE

*Cette fiche reprend les informations traitées dans le **chapitre 58** du dernier collège de Pédiatrie (2023) et fiche LiSA avec :*
- 186 : hypersensibilités et allergies de l'enfant.
***- 188 : asthme allergique** (l'item 188 a déjà une fiche sur l'asthme en général et en pédiatrie, ici c'est une partie plus spécifique).*
- 332 : choc anaphylactique.

PHYSIOPATHOLOGIE

Hypersensibilité : = Capacité à présenter des signes reproductibles lors de l'exposition à un stimulus bien défini, pour une dose qui n'entraîne pas de réaction chez le sujet normal → elle peut être **allergique ou non.**
- **Hypersensibilité non allergique** = mécanisme immunologique non prouvé : réaction à l'aspirine, fausse allergie alimentaire par excès de produits riches en amines vasoactives, intolérance au lactose…
- **Hypersensibilité allergique = réaction immunologique** : 4 types de réactions de Gell et Coombs (type 1 = IgE, type 2 = réaction cytotoxique, type 3 = Arthus-type, type 4 = réaction retardée des cellules T).

Allergie

- L'allergie est une forme **d'hypersensibilité** médiée par des **mécanismes immunologiques.**
- L'allergie implique une **sensibilisation préalable** = **première rencontre** avec l'allergène (fabrication d'une réponse immunologique) avec survenue de la réaction allergique lors d'un **contact ultérieur** avec l'allergène chez un patient sensibilisé.

IgE médiée	- **Atopique** : tendance personnelle ou familiale à produire des IgE en réponse à une petite dose d'allergènes et à développer des signes typiques → transmissible génétiquement. - **Non atopique** : réaction IgE médiée survenant aux piqures d'insectes (hyménoptères) ou lors de la prise médicamenteuse → non transmissible génétiquement.
Non IgE médiée	= **Allergie non immédiate, tardive** : moins fréquente. - Médiation cellulaire : **dermatite de contact, maladie cœliaque, eczéma atopique**… - **Œsophagite à éosinophile** provoquée par des aliments. - **Pneumopathie d'hypersensibilité** : inhalation de moisissures, déjections d'oiseaux…

→ Une même substance peut provoquer des manifestations d'hypersensibilité différentes (lait de vache…)

MANIFESTATIONS

→ Manifestations souvent banales : évoquer une allergie surtout si récidivante.
- Signes ORL et respiratoires : **rhinite, obstruction nasale, laryngite, sinusite, toux, asthme non contrôlé.**
- Signes cutanés : **urticaire aiguë, œdème, eczéma.**
- Signes ophtalmologiques : **conjonctivite, kératite.**
- Signes digestifs : - Non spécifiques : **vomissement, diarrhée, constipation, douleurs abdominales.**
  - Spécifique : - **Éviction spontanée d'un aliment.**
    - **Syndrome oral** : **prurit vélo-palatin**, **œdème localisé des lèvres**, **urticaire péribuccale.**

PREVALENCE

- Prévalence toutes allergies confondues = **30 % des enfants < 15 ans.**
- 5 % des enfants pour l'allergie alimentaire.
- 10 % pour l'asthme allergique, 7-15 % pour la rhinite allergique.
- 20 % pour la dermatite atopique.
- **Mortalité** par allergie en France (choc anaphylactique) : **1** enfant par an.

ÉVOLUTION

- Alimentaire : - **Lait de vache** : disparaît dans l'année dans > 80 % des cas.
  - **Œuf** : disparaît < 6 ans dans 50-80 % des cas.
  - **Oléagineux, poissons, crustacés** : généralement persistante.
  - **Arachide** : disparaît rarement (20 % des cas).

→ L'existence d'allergies alimentaires dans la petite enfance est un **facteur de risque** d'autres manifestations allergiques.
- **Allergie respiratoire** : généralement persistante.
- **Allergie médicamenteuse** : évolution variable selon le mécanisme.

ALLERGENES

PNEUMALLERGÈNE

Acariens de poussières de maison	= Allergène dans les déjections : le plus fréquent, ubiquitaire et universel. - Allergie perannuelle avec ↗ en hiver, symptômes matinaux ou nocturnes évocateurs. - Réservoir principal : literie. - Favorisé par : chauffage domestique, faible luminosité, présence d'animaux, tapis. - Freinée par : aération, lumière et chaleur naturelle du soleil, lavage des textiles, couettes, sols.
Pollens	= De **graminées**, **herbacées** ou **arboracées** : généralement saisonnier, variable d'une région à l'autre et d'une année à l'autre, ↘ par la pluie, ↗ par le soleil ou le vent. - **Graminées** : fin de printemps et période estivale. - **Bouleau** : début de printemps. - **Cyprès** (dans les régions concernées) : hiver.
Animaux	= **Chat, chien, rongeurs, chevaux** : en relation étroite avec la possession de l'animal, ↗ d'intensité au fur et à mesure des contacts, symptômes variables selon l'animal. → Vivre en contact avec un chat dès la naissance est protecteur d'une allergie au chat.

ALLERGENES		**Moisissures**	- **Habitat** : appartement insalubre ou humide, serre. - **Extérieure** : ***Alternaria*** (spores) en période estivale. - **Intérieur** et **extérieur** : ***Aspergillus*** (poussière de maison), ↗ par les travaux et en automne. ➙ Aspergillose bronchopulmonaire allergique exceptionnelle chez l'enfant (sauf mucoviscidose).
	Trophallergènes (alimentaire, via des protéines)		- **Lait de vache** : le plus fréquent chez le nourrisson. - **Arachide** : le plus fréquent chez l'enfant. - Autre : **œuf, fruits, kiwi, poissons, fruits à coque, crustacés, blé, moutarde, lentille…** ➙ Les allergies aux protéines végétales ↗ avec l'âge et aux protéines animales ↘ avec l'âge.
	Autres		- **Médicament** = **β-lactamine, AINS, paracétamol**… : rare chez l'enfant. - **Hyménoptère = abeille, guêpe** : rare chez l'enfant, dépend des régions. - **Latex** : rare depuis l'éviction du matériel médical en latex. - **Allergie de contact** : professionnel (formation par apprentissage, cosmétique) ou non.
ENQUETE DIAGNOSTIQUE	C	Atcds familiaux	= **Atopie chez les parents** : dermatite atopique, rhinite saisonnière, allergie prouvée. ➙ 2 parents atopiques = **65 %** de risque chez l'enfant, 1 parent atopique = **30 %** de risque chez l'enfant.
		Relation cause-effet	- **Manifestations saisonnières** (aidé par le relevé pollinique national). - **Anaphylaxie** : dans les 2 h suivant l'exposition. - **Récurrence des symptômes** lors de l'exposition à la même substance. ➙ Difficile à mettre en évidence en cas d'exposition perannuelle (acariens : recherchée systématiquement), de symptômes non spécifiques (surtout dans les allergies non IgE médiées : relevé alimentaire) ou d'identification complexe de l'allergène (composé organique volatil, moisissure au domicile : aide d'un technicien d'environnement).
	PC	*Tests cutanés*	**Prick-test** : = En 1re intention pour les allergies respiratoires et digestives IgE médiées. - Pratiqués par Prick (lancette en plastique), avec des extraits d'allergènes (extraits ou produit natif), en nombre variable selon le contexte. - Contrôle : **témoin positif** (histamine) et **témoin négatif** (éliminer un dermographisme). - **Lecture après 10-20 minutes** : positif si **papule > 3 mm**, franchement positif si **> 5 mm.** ➙ L'érythème associé (macule) n'est pas suffisant. - Faux négatifs : **antihistaminiques** (arrêt **7 à 21 jours** avant), **dermocorticoïdes, corticoïdes.** - Difficile de réalisation sur une dermatite atopique étendue et sévère. - Réactivité cutanée plus faible chez le jeune enfant (sans limites d'âge pour la réalisation). **Tests intradermiques** : = Exploration des allergies aux hyménoptères et aux médicaments IgE médiées. - Réalisé dans un environnement médicalisé, avec une surveillance adaptée. **Patch tests** : = Exploration des allergies de contact (cosmétique, métaux) **« retardées »**, possibles pour les allergies alimentaires ou digestives non IgE médiées ➙ inutile dans les allergies IgE médiées. - Substance à tester déposée sous un dispositif occlusif **pendant 48 h.** - **Lecture 72 h** <u>après retrait</u> du patch : positif si reproduit une lésion d'eczéma franche.
		Éosinophilie	- **PNE > 0,4 G/L** : argument pour une origine allergique, de faible sensibilité/spécificité.
		Test de dépistage	= **Tests biologiques unitaires** vis-à-vis d'allergènes mélangés dans le même réactif (pneumallergène ou trophallergène) ou sur le même support, sans identification de l'allergène ➙ dépistage chez le non allergologue, pas de dg.
		IgE totales	Le dosage des igE totales ne peut pas être utilisé comme test de dépistage de l'atopie.
		IgE spécifiques	= Tests unitaires vis-à-vis d'allergènes séparés : non disponible pour tous les allergènes. - Limité à **5 pneumallergènes**, **5 trophallergènes** et **5 autres** (hyménoptères, latex, médicaments). - **Allergie respiratoire** : dosage non obligatoire pour la confirmation diagnostique si Prick-test fortement positif, souvent réalisé avant la désensibilisation. - **Allergie alimentaire** : dosage systématique ➙ taux seuils prédictifs d'allergie vraie, repérage d'allergies croisées (dirigées contre une même protéine de plusieurs allergènes : bouleau et fruits/légumes…), distinction des allergènes majeurs et mineurs. - **Biopuce à allergène** (mesure de 112 allergènes de 45 sources allergéniques) : non remboursé.
		Épreuve d'éviction-réintroduction	= Indication en cas de suspicion d'allergie **non IgE médiée**, en dehors des **SEIPA** (Sd d'entérocolite induite par les protéines alimentaires). - **Allergie alimentaire** : éviction de 2-4 semaines de l'aliment suspect, puis réintroduction. ➙ « Gold-standard » dans **l'allergie aux protéines de lait de vache non IgE médiée.**
		Test de provocation oral (TPO)	= Référence pour le diagnostic d'allergie IgE médiée alimentaire ou médicamenteuse. - Ingestion de quantités croissantes à intervalle de temps réguliers selon un protocole. - Recherche de manifestations cliniques allergiques. - Permet de déterminer un **seuil de tolérance** (utile pour l'induction de tolérance). - **Risque anaphylactique** : déroulement en hospitalisation de jour, dans un environnement adapté et sécurisé, avec surveillance > 2 h après fin de l'ingestion. ➙ Inutile, voire dangereux, si les manifestations mettent en jeu le pronostic vital (anaphylaxie systémique) pour un allergène identifié (sauf pour certains médicaments : co-haptène).

		Test de provocation inhalé	= Exposition du nez ou des bronches à des concentrations croissantes d'allergène : test positif si obstruction bronchique ou nasale, signes cliniques, ou ↗ éosinophilie nasale. - En cas de signes respiratoires : rarement réalisé, nécessite un matériel spécifique.
		Dosage des allergènes	= **Dosage dans l'environnement du patient** par un technicien spécialisé : pour les acariens, composants organiques volatiles et moisissures.
DEMARCHE DIAGNOSTIQUE	Confirmation dg si **manifestations cliniques évocatrices** + **tests allergologiques positifs** à la substance suspectée. ➞ Orienté par l'évaluation clinique : interrogatoire et examen clinique. ➞ Suspicion d'allergie **non IgE médiée** = prick-tests ou dosage d'IgE spé **non indiqués.**		
	1re intention		- **Tests cutanés : - Prick-test** si allergie respiratoire ou alimentaire. - **Patch test** si allergie de contact. - **Test de dépistage biologique** si les tests cutanés ne peuvent être réalisés. - **Dosage des IgE spécifiques** : systématique si allergie alimentaire.
	2nd intention		- **Test cutané avec la substance native.** - **Test cutané intradermique** à concentration croissante (médicament, hyménoptère). - **Test de provocation oral** (aliment ou certains médicaments). - **Test d'éviction-réintroduction** (allergie non IgE médiée : lait de vache, dermatite atopique).
	Nouveaux outils		= En cours d'évaluation : patch non standardisé, puce IgE, dosage pharmacologique (médicament), test de stimulation cellulaire.
	Allergènes testés	< 3 ans	- **Pneumallergènes domestiques** : acariens, chat, chien, pollens de graminées. - **Trophallergènes** : lait de vache, blanc d'œuf, arachide, soja, morue, noisette.
		> 3 ans	- **Pneumallergène domestique** : acarien, chat, chien, pollens d'arbres, de graminées, d'herbacées (ambroise, armoise, plantain), moisissures (*Aspergillus, Alternaria, Cladosporium*). - **Autres allergènes** (blattes…) : selon l'interrogatoire et les particularités régionales.
	DD		**- Sensibilisation** = tests cutanés positifs et IgE spécifiques dans le sang, sans manifestation clinique.
PREVENTION	- **Pas de régime d'exclusion** chez la femme enceinte. - **Allaitement maternel** pendant 4-6 mois, sans exclusion chez la femme allaitante. - Ttt actif de l'eczéma, ne pas appliquer de topique à base de protéines chez le nouveau-né et nourrisson. - Allaitement artificiel ou complément d'allaitement maternel **: lait adapté à l'âge ++,** lait hypoallergénique (HA) possible (mais pas de preuve d'efficacité) si terrain familial atopique. - **Diversification entre 4 et 6 mois de vie**, sans différer l'intro des aliments y compris ceux réputés allergisants. - Pas d'éviction préventive systématique de la mise en crèche ou des animaux de compagnie.		
TTT	**Désensibilisation = Immunothérapie Allergénique (ITA)**		= **Immunothérapie** : seul traitement permettant de modifier le cours de la maladie. - Indication : - Monosensibilité ou un allergène dominant. - Avec composante allergique des manifestations cliniques au 1er plan. - Si l'éviction de l'allergène est impossible (pollen…) - Si la pression thérapeutique pour le contrôle des symptômes est importante. - Habituellement limitée aux **pneumallergènes.** - Autorisé dès l'âge de 5 ans. - **Saisonnière** ou **perannuelle**, par **voie sublinguale** ou **injectable,** souvent quotidien pdt 3 ans. - **Désensibilisation aux hyménoptères** : indiquée si réaction étendue ou systémique, de façon injectable, possible en *rush* sur quelques jours en milieu hospitalier, dure 5 ans.
	Contrôle de l'environnement		- Limiter les contacts avec les allergènes déclenchants. - **Acariens** : aération quotidienne des pièces, housses antiacariennes pour le matelas, acaricide, élimination des acariens morts (aspirateur). - Limiter les cofacteurs déclenchants : **tabagisme passif ou actif, utilisation de sprays.**
	Éducation thérapeutique		- En cas de réaction allergique sévère : **carte mentionnant l'allergie, trousse d'urgence avec adrénaline auto-injectable.** - Enfant allergique : **PAI** à l'école. - Expliquer **l'étiquetage industriel** (14 allergènes sont à déclaration obligatoire) et les nuances (ex : mentions « traces » ou « peut contenir » = consommation autorisée, sauf exception).
	Traitement médicamenteux		- **Antihistaminique H1** de 2de génération : orale ou topique (gouttes ophtalmiques…) - Traitement des pathologies actives : **asthme rhinite, eczéma.** - **Anti-IgE monoclonaux** (omalizumab Xolair®) : asthme sévère allergique non contrôlé > 6 ans.

ANAPHYLAXIE

Anaphylaxie = manifestation la plus grave des réactions d'hypersensibilité immédiate IgE-médiées.
- 1re cause chez l'enfant = **allergie alimentaire** ; suivi par les piqures d'hyménoptères et les médicaments.
- FdR d'anaphylaxie : - **Âge** 10-20 ans.
  - **Patient asthmatique non contrôlé** ou Bétabloquants.
  - Certains **allergènes** : arachide et fruits à coque, cajou, noisette, lait de vache/chèvre/brebis.
  - Désordres mastocytaires.
- Co-facteurs pouvant aggraver la réaction (en abaissant le seuil de tolérance) : effort en cours, infection, menstruations, alcool, AINS, privation de sommeil…

MANIFESTATIONS	→ Dans les minutes suivant l'ingestion ou l'injection de l'allergène : **< 2 heures.**	
	Signes cutanéo-muqueux (très fréquents)	- **Prurit généralisé**, notamment palmoplantaire. - **Flush.** - **Urticaire.** - **Œdème de la face** ou de la **langue**, **muqueuse, conjonctives,** extensif.
	Signes cardio-vasculaires	- **Malaise, perte de connaissance, sensation de mort imminente.** - **Collapsus cardio-vasculaire.**
	Signes respiratoires	- Voies aériennes supérieures = **œdème laryngé, pharyngé et de la luette** : **dysphagie, dysphonie, dyspnée laryngée.** - Voies aériennes inférieures : **bronchospasme, tachypnée, asthme.** **NB : Œdème de Quincke =** angioœdème laryngé se manifestant par une dyspnée inspiratoire, stridor, odynophagie, difficultés à avaler sa salive.
	Signes gastro-intestinaux	- **Nausées, vomissements.** - **Douleurs abdominales.**
PEC EN URGENCE	Manifestations sévères et/ou d'évolution rapide	- Si **stylo auto-injectable** : 0,15 mg de 15 à 25 kg ou 0,30 mg si > 25 kg. - **Adrénaline** : - Par voie IM : **0,01 mg/kg**, répétée si besoin à 5-10 min (aggravation ou insuffisant). - Par voie IV (réanimation) : **0,001 mg/kg/h** si échec de voie IM. → Aucune contre-indication absolue (pronostic vital engagé), demi-vie courte et bonne tolérance par voie IM chez l'enfant. - Traitement d'urgence associé : - Libération des voies aériennes supérieures. - **Bronchodilatateur de courte durée d'action** si bronchospasme. - **Remplissage vasculaire** si collapsus. → Aucune indication des corticoïdes à la phase aiguë.
	Manifestations peu sévères	= Urticaire, œdème localisé. - **Antihistaminique** en 1re intention : sous surveillance étroite.
	Surveillance	- Surveillance en milieu hospitalier, au minimum 6 h.
ENQUETE	- Chronologie de la réaction : circonstance ayant précédé le début des symptômes (composition des repas…) - **Dosage sanguin de tryptase** si suspicion de réaction anaphylactique : le plus tôt possible après début du traitement d'urgence, entre 30 minutes et 2 h après début de l'épisode. Un deuxième échantillon est à prélever 24 h après ou au cours de la consultation allergologique ultérieure. - **Orientation vers une consultation d'allergologie.**	
PREVENTION	- **Seringue auto-injectable d'adrénaline** au domicile + un **bronchodilatateur de courte durée d'action** (surtt si asthme associé) + **antihistaminique.** - Éviction du/des allergènes suspectés, consultation allergo obligatoire. - **Carte d'allergique** : - Mécanisme et symptômes de la réaction anaphylactique. - CAT en cas de réaction anaphylactique : auto-injection d'adrénaline, appel des urgences. - **PAI** chez l'enfant, avec trousse d'urgence contenant les ttt de la première ligne.	

ALLERGIE AUX PROTÉINES DU LAIT DE VACHE

DIAGNOSTIC	**Réaction IgE médiée**	- Manifestations quasi immédiates après ingestion : **digestive, cutanée, respiratoire** voire **anaphylaxie.** - Répétition des signes en cas de poursuite du lait ou du laitage, disparition sous régime d'éviction. - Confirmation : - **Prick-test.** - **Dosage des IgE spécifique** au lait de vache (F2) et autres protéines du lait (F76, F77, F78).
	Réaction non IgE médiée	- Manifestations **digestives** ou **cutanées** traînantes, sans lien évident avec l'ingestion de lait/laitage, mauvaise croissance staturo-pondérale, **SEIPA** (**aigu** avec vomissements incoercibles, pâleur, léthargie, déshydratation +/- diarrhée ou **chronique** avec vomissements et diarrhées chroniques, retard de croissance), coloproctite hémorragique. - Patch test au lait de vache non recommandé, Prick test et IgE spécifique au lait de vache négatif. - Confirmation : **Épreuve d'exclusion-réintroduction** (sauf pour SEIPA) avec disparition des signes sous **régime d'éviction** en 2 à 4 semaines, réapparition à la **réintroduction.**

<table>
<tr><td rowspan="4">TTT</td><td colspan="3">Régime d'éviction du lait et des laitages, et de tout produit contenant du lait de vache, au moins jusqu'à 9 à 12 mois.
- Lecture des étiquetages (obligatoire pour le lait et produit à base de lait) : lait, beurre, fromage, crème, caséinate, caséine, lactalbumine, lactoglobuline, lactoprotéines, sérum albumine, lactose, protéines lactées.
- Éviction de tout produit laitier d'origine animale (lait de chèvre, brebis…)
- Viandes de bœuf et de veau et poisson autorisés.</td></tr>
<tr><td>En cas d'allaitement maternel</td><td colspan="2">- Poursuite de manière exclusive si possible.
- En cas de persistance sous allaitement maternel : évoquer une allergie via le lait de la mère → régime d'exclusion pour la mère (exclusion du lait et des laitages, avec supplémentation en calcium) ou passage à un lait spécifique (d'emblée à base d'acides aminés).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">En cas d'allaitement artificiel</td><td>1re intention</td><td>- Formule à base d'un hydrolysat extensif des protéines de lait de vache ± couplé à des probiotiques LGG.
- Alternative : - À base de protéines de soja : enfant > 6 mois, après avoir établi la tolérance.
- À base de protéines de riz hydrolysées.</td></tr>
<tr><td>2nd intention</td><td>- Formule à base d'acides aminés : si échec de l'hydrolysat extensif, certaines formes d'allergies (gastro-entéro-colo-proctite IgE médiée avec retard de croissance, eczéma atopique sévère) ou symptômes survenant sous allaitement maternel exclusif.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">SUIVI</td><td>Si réaction IgE médiée</td><td colspan="2">- Prick-test et dosage des IgE répétés à 12 mois, ou après 6 mois de régime d'éviction.
- Si évolution favorable : test de provocation orale au lait « cru » en milieu hospitalier.
- Si évolution défavorable : répétition de l'enquête vers 18-24 mois.
- Recherche d'autres allergies et manifestations atopiques.</td></tr>
<tr><td>Si réaction non IgE médiée</td><td colspan="2">- Prick-test et/ou dosage des IgE spécifiques à 9-12 mois : éliminer un passage vers une forme IgE médiée (dans 10 à 15 % des cas).
- Si passage à une forme IgE médiée : test de provocation orale au lait en milieu hospitalier.
- Si forme non IgE médiée : réintroduction progressive au domicile, possiblement après test de provocation oral au lait en milieu hospitalier (à privilégier).</td></tr>
<tr><td>Évolution</td><td colspan="2">- Tolérance généralement acquise entre 12 et 18 mois : guérison dans 85 à 90 % des cas à 3 ans.
- Si allergie persistante : discuter avec des équipes spécialisées de la mise en place d'un régime facilitant l'acquisition de la tolérance aux protéines du lait.</td></tr>
</table>

ALLERGIE À L'ARACHIDE

Éléments diagnostiques :
- Réaction IgE-médiée exclusivement.
- Positivité des prick-tests et/ou dosage des IgE spécifiques contre l'arachide.
- Test de provocation par voie orale si doute diagnostique.

Principes spécifiques de prise en charge :
- Régime d'éviction de tout produit contenant de l'arachide : étiquetage obligatoire, avec mentions « traces », « peut contenir » le plus souvent autorisées, ainsi que l'huile d'arachide.
- Suivi en milieu spécialisé.
- Trousse d'urgence comprenant le plus souvent de l'adrénaline auto-injectable.
- Enquête pour les fruits à coque et les légumineuses à prévoir.
- Immunothérapie orale discutée en centre expert.

RÉACTIONS AUX AINS ET PARACÉTAMOL

- Caractérisée par leur chronologie et leur nature.
- Immédiate le plus souvent.
- Implication des IgE l'allergie ou mécanisme non allergique.
- AINS et paracétamol inhibent la COX1 (métabolisme de l'acide arachidonique).
- Induction d'une augmentation des leucotriènes pouvant provoquer des symptômes comparables à ceux de l'allergie IgE-médiée.
- Tests allergologiques peu sensibles.
- L'exploration des réactions immédiates aux AINS-paracétamol débute le plus souvent par un test de provocation à la molécule impliquée.
- En cas de positivité, le diagnostic d'hypersensibilité est confirmé.

RHINOCONJONCTIVITE ALLERGIQUE (RCA)

INT	**Symptômes :** - Rhinite : rhinorrhée claire, obstruction nasale, prurit nasal, éternuement. - Conjonctivite : larmoiement, prurit, hyperhémie conjonctivale, œdème des paupières.	
INTERROGATOIRE	Facteurs déclenchants	- **Saisonnalité** : caractère perannuel ou saisonnier. - **Exposition à la poussière** (acariens : prédominance au domicile ou lors des changements d'habitats (vacances, nuits à l'extérieur du domicile), dans la chambre, recrudescence nocturne ou matinale, majoration lors du ménage. - **Exposition aux chats, chiens.** - **Exposition aux pollens** : recrudescence dans le parc, jardins.
	Intensité de la RCA	- **Intermittente** si moins de **4 jours par semaine** ou moins de **4 semaines par an.** - **Persistante** si plus de **4 jours par semaine** ou plus de **4 semaines par an.**
	Retentissement	- **Sur le sommeil** (réveils fréquents, sécheresse buccale lorsque l'enfant dort la bouche ouverte du fait de l'obstruction nasale, ronflements). - **Sur les activités** (école, attention, activités sportives. En absence de retentissement, la RCA est légère ; en présence d'un retentissement sur le sommeil ou les activités, elle est modérée à sévère.
	Syndrome d'allergie pollen-aliment (SAPA)	- Peut-être présent en cas de **RCA saisonnière** (ou même précéder la RCA saisonnière). - Allergie croisée entre les protéines de pollens et les protéines alimentaires liées à des similitudes d'allergènes. - Manifestation le plus fréquemment par un syndrome oral dès la mise en bouche. Traduction par un prurit oropharyngée et un œdème labial.
TTT	Tests allergologiques	- **Prick-tests** orientés par l'interrogatoire : **à réaliser en première intention.** - Dosage d'IgE spécifiques : en cas de prick-tests négatifs.
	Au décours	- Traitements symptomatiques. - Immunothérapie allergénique (TA) ou désensibilisation : la RCA saisonnière est l'indication de choix (amélioration des scores symptomatiques et de traitement à court et long terme et modifié l'histoire naturelle en réduisant le risque d'apparition d'un asthme chez un enfant avec RCA).

AUTRES ALLERGIES

ANESTHÉSIQUE	- Agent responsable : **curare** ++, **latex**, **antibiotiques**, autres drogues. - Symptômes souvent sévères. - **Dosage de tryptase** lors de l'accident. - **Tests cutanés intradermiques** à concentration croissante (procédure standardisée).	- **Dosage d'IgE.** ➔ Recherche systématique de sensibilisation croisée. - Pour les futures anesthésies : selon le résultat des tests cutanés.
VENIN D'HYMÉNOPTÈRE	- Hyménoptère : **abeille** et **guêpe** (généralement), **bourdon, frelon.** ➔ Indépendante d'un terrain atopique.	
	Réaction bénigne (fréquente)	- Réaction locale : **réaction inflammatoire locale > 10 cm**, parfois douloureuse, pouvant durer quelques heures/jours. - Réaction locorégionale : **extension de proximité.** - Traitement local : **désinfection**, **dermocorticoïdes**, **antihistaminique oral.** ➔ Sans lien avec le risque de réaction systémique : aucune indication de désensibilisation, pas d'adré auto-injectable.
	Réaction généralisée	- **Enquête allergique.** - Discuter la **désensibilisation**, débutée en milieu hospitalier par technique accélérée, poursuivie tous les mois pour une **durée minimale de 3 ans.** ➔ Évolution souvent spontanément favorable chez l'enfant, mais indication de désensibilisation devant le risque potentiellement grave de récidive si nouvelle piqure + adré auto-injectable.
MÉDICAMENTEUSE	Médicament fréquemment suspecté : **anti-infectieux (β-lactamine ++), antalgique, antipyrétique, AINS.**	
	Réaction immédiate	= **IgE médiée**, dans les 2 h suivant la prise médicamenteuse.
	Réaction non immédiate	- **Exanthème maculo-papuleux.** - **Éruption urticarienne.** - **Toxidermie**, potentiellement sévère : **syndrome de Stevens-Johnson, pustulose exanthématique aiguë généralisée, nécroépidermolyse toxique, DRESS, sd d'entérocolite médicamento-induit (SEIM).** ➔ Souvent concomitante à une infection dont l'agent causal (virus) joue le rôle de co-haptène : établissement de la responsabilité du médicament souvent difficile et non reproductible.
	Pseudomaladie sérique	- **Fièvre, arthralgie, urticaire.** - Délai : 5 à 10 jours.
	PC	- **Tests cutanés** (Prick-tests, IDR…) : mais peu sensibles. - **Test de provocation** en milieu hospitalier ou **d'éviction-réintroduction.** - **Si réaction retardée non sévère : TPO d'emblée** sans autre test préalable.
	TTT	- Éviction du médicament et des molécules croisées : **liste** fournie au patient.